

SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.

Abans de començar a escriure, llegiu detingudament tots els apartats, així com les instruccions d'emplenament.

Podeu presentar aquesta sol·licitud a la vostra oficina de FREMAP més propera.

Per a més informació podeu consultar el web www.fremap.es o contactar amb la línia 900 61 00 61.

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Cognoms i nom:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Data de naixement:

Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població:

Codi Postal:

Treballador d'alta a la Seguretat Social (marqueu tantes caselles com correspongui)

Treballador per compte propi

Autònom que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil

Treballador del SETA

TRADE

Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

Fix

Eventual (fi de contracte)

A tiempo parcial

Fix discontinu (fi de campanya)

Treballadora de la llar

Interna

Temps parcial

Externa

Un llar familiar

Jornada completa

Diverses llars familiars

Relació amb el menor

Progenitor

Tutor

Acollidor preadoptiu/permanent

Adoptant

Altres

Ha restat en alguna d'aquestes situacions en els últims 6 mesos?

Incapacitat Temporal

Data d'inici

Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici

Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici

Data de fi

2. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ALTRE PROGENITOR/ACOLLIDOR/ADOPTANT/TUTOR

Cognoms i nom:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Data de naixement:

Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població:

Codi Postal:

Treballador d'alta a la Seguretat Social (marqueu tantes caselles com correspongui)

Treballador per compte propi

Autònom que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil

Treballador del SETA

TRADE

Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

Fix

Fix discontinu (fi de campanya)

A temps parcial

Eventual (fi de contracte)

Treballadora de la llar

Interna

Temps parcial

Externa

Un llar familiar

Jornada completa

Diverses llars familiars

Relació amb el menor

Progenitor

Tutor

Acollidor preadoptiu/permanent

Adoptant

Altres

¿Ha restat en alguna d'aquestes situacions en els últims 6 mesos?

Incapacitat temporal

Data d'inici

Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici

Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici

Data de fi

3. DADES DELS MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

4. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

Ingrés hospitalari del menor, des de _____ fins a _____

La jornada laboral **abans** de la reducció de jornada era:

De: (dia de la setmana) _____ A: (dia de la setmana) _____ Des de las _____ h. fins a las _____ h.

De: (dia de la setmana) _____ A: (dia de la setmana) _____ Des de las _____ h. fins a las _____ h.

Un altre horari: (especifiqueu si feu un horari diferent)

En total feu (indiqueu el nombre d'hores) _____ hores a la setmana

Data d'inici de la jornada reduïda

La jornada laboral **a partir** de la reducció de jornada era:

De: (dia de la setmana) _____ A: (dia de la setmana) _____ Des de las _____ h. fins a las _____ h.

De: (dia de la setmana) _____ A: (dia de la setmana) _____ Des de las _____ h. fins a las _____ h.

Un altre horari: (especifiqueu si feu un horari diferent)

En total feu (indiqueu el nombre d'hores) _____ hores a la setmana

La reducció de la jornada de treball respecte d'una jornada a temps complert (haurà de ser almenys d'un 50 % e inferior al 100%) és d'un _____ %

5. DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per IRPF _____ % (aplicable només si és superior al que correspongui reglamentàriament).

Si teniu la residència fiscal en TERRITORI FORAL, a l'efecte de retenció per IRPF voleu que se us apliqui:

Taula general. Nombre de fills _____ Taula de pensions _____ Tipus voluntari _____ %

6. DADES BANCÀRIES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA

Banc: _____

IBAN: _____

Carrer i població de la sucursal:

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades expressades que es pugui produir d'ara endavant, i

MANIFESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de totes les dades de l'historial clínic del menor, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meves dades d'identificació personal i residència puguin ser consultades amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se'm reconegui la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.

_____, de/d' _____ de

(Firma del sol·licitant.)

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li poguessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seves dades en www.fremap.es. Igualment se l'informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

DECLARACIÓ MÈDICA PER A LA CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

1. DADES DEL SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Cognoms i nom: Telèfon:
 DNI - NIF: NAF:
 Relació amb el menor:
 Progenitor Tutor Acolridor preadoptiu/permanent
 Adoptant Altres:

2. DADES DEL METGE responsable de l'assistència sanitària del pacient menor

Cognoms i nom: Núm. de col·legiat:
 Especialitat/Càrrec: Hospital / Centre sanitari:
 Població:
 Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut
 Entitat sanitària privada ⁽¹⁾:

3. DADES DEL PACIENT MENOR

Cognoms i nom:
 DNI - NIF ⁽²⁾: Data de naixement:
 Diagnòstic: Codi ⁽³⁾:
 Ingressos hospitalaris
 Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:
 Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:
 Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:

Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

A. Terapias y cuidados

A.1 Terapias intravenosas y subcutáneas

Antibióterapia	Quimioterapia	Fluidoterapia	Transfusiones
Analgesia	Otros		

A.2 Terapias nutricionales / digestivas

Nutrición enteral diurna	Nutrición enteral nocturna	Nutrición parenteral diurna	Nutrición parenteral nocturna
Sonda nasogástrica	Gastrostomía	Yeyunostomía	Ileostomía
Colostomía			

A.3 Terapias respiratorias

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica no Invasiva diurna	Ventilación mecánica no Invasiva exclusivanocurna
Aspiración de secreciones	Oxigenoterapia	Asistente de la tos	Marcapasos diafragmáticos
Movilización mucociliar chalecos			

A.4 Cuidados quirúrgicos

Cura quirúrgica

Cura completa

Cuidados ostomías

A.5 Terapias urológicas / nefrológicas

Sondaje vesical
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal

A.6 Monitorización

Neumocardiograma

B. A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Otros (Especificar detalladamente)

C. ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? SI NO

¿Tiene un centro asignado? SI NO

D. ¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? SI NO

4. CERTIFICAT DEL METGE DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT ⁽⁴⁾

Cognoms i nom:

Núm. de col·legiat:

Especialitat/Càrrec:

Hospital / Centre sanitari:

Població:

5. PERÍODE ESTIMAT DE DURADA de la necessitat de cura directa, contínua i permanent per part del progenitor/acollidor/adoptant/tutor

Des de: Fins a:

(1) Indiqueu el nom de l'entitat sanitària.

(2) Per a majors de 14 anys.

(3) Indiqueu el codi que apareix a la llista de malalties en el Reial decret 1148/2011.

(4) S'ha d'emplenar únicament si el metge responsable de l'assistència sanitària del menor pertany a una entitat sanitària privada.

, de/d' de

(Signatura i segell)

ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES, SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

Advertència: D'acord amb el que estableixen els articles quart 135, de la Llei general de la Seguretat Social i 49 e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic, aquesta prestació per a la cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, no es pot concedir si el progenitor sol·licitant és funcionari públic, ni és compatible amb la percepció, per part de l'altre progenitor, del permís retribuït que l'article 49.e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic estableix per a aquests mateixos supòsits, a favor dels funcionaris públics.

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

i

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

com a progenitors/adoptants/tutors del menor i tenint els dos el dret a sol·licitar la prestació

ACORDEN

que sigui el Sr. / la Sra.

qui sol·liciti la prestació econòmica per a la cura de menors afectats pel càncer o una altra malaltia greu, que s'iniciarà amb data

, de/d' de

Signatura

Signatura

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL-LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li puguessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació adicional sobre el tractament de les seves dades en www.fremap.es.

Igualment se l'informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

DECLARACIÓ DE SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT PER A LA REDUCCIÓ DE JORNADA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

El Sr. / La Sra.:

DNI / NIE / Passaport:

Nº de Afiliación S.S.:

domicili:

declara sota la seva responsabilitat que:

1. ¿És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa? Si No

Que aquest establiment té el domicili social a:

Tel.:

Que com a treballador autònom, l'activitat econòmica, ofici o professió que realitza és la de

2. ¿És un treballador/a autònom/a econòmicament dependent (TRADE)? Si No
(art. 11 de la Llei 20/2007, d'11 de juliol, de l'Estatut del treball autònom.)

Si heu respost que **SÍ**, especifiqueu les dades del vostre **CLIENT PRINCIPAL**:

Raó Social: NIF

Direcció: Tel.:

3. Que per accedir a la prestació econòmica per a la cura del menor malalt i al seu càrrec, ha reduït la seva jornada de treball des del dia de/d' de tal com s'ha detallat a la segona pàgina d'aquesta sol·licitud.

4. Que amb anterioritat a la reducció de jornada, el negoci es gestionava:
Amb els següents mitjans humans (nre. d'empleats, socis, etc.):

L'horari del negoci era de a ; durant els següents dies de la setmana de a

5. Que durant la reducció de jornada per cura de fill amb càncer o una altra malaltia greu, el negoci queda en la següent situació:

Tancament de l'establiment, inactivitat parcial, persona a càrrec del negoci (indiqueu el que correspongui en el vostre cas):

Amb els següents mitjans humans (nre. d'empleats, socis, etc.) :

L'horari del negoci és de a ; durant els següents dies de la setmana de a
, a de/d' de

Signatura i segell

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

Escriviu amb claredat i en lletres majúscules, o empleneu directament aquest formulari a través del web www.fremap.es.

Demaneu l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP davant de qualsevol dubte.

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.

DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD

1. Fotocòpia (per ambdues cares) del DNI del sol·licitant, de l'altre progenitor i del menor, si és major de 14 anys.
2. Documentació relativa a la cotització:
 - a. Per als artistes i professionals taurins: declaració d'activitats i justificants d'actuacions que no hagin estat presentats a la Tresoreria General de la Seguretat Social.
 - b. Treballadors responsables de l'ingrés de les quotes: justificants del pagament dels últims tres rebuts.
3. Llibre de família, o si no se'n té, certificat de la inscripció del fill en el Registre Civil o resolució judicial/administrativa de l'adopció, acolliment o designació com a tutor.
4. En el supòsit de no convivència dels progenitors/adoptants/acollidors/tutors, i en absència d'acord sobre qui ha de percebre la prestació, documentació que acrediti la custòdia o a càrrec de qui està el menor.
5. En el cas de famílies monoparentals: Llibre de família en què consti un sol progenitor/adoptant/acollidor/tutor o, en cas que constin dos progenitors/adoptants/acollidors/tutors, certificat de defunció d'un d'ells, o resolució judicial en què es declari l'abandonament familiar d'un d'ells.
6. Si l'altre progenitor/adoptant/acollidor/tutor (segons correspongui en cada cas):
 - a. Pertany al **Règim Especial de Treballadors Autònoms o Compte Propi**: cal aportar un certificat de l'entitat de cobertura corresponent, que confirmi que no s'és beneficiari de la prestació per cura de menors afectats de càncer o una altra malaltia greu.
 - b. És **funcionari públic**: cal aportar un certificat de l'Administració de la qual depengui, on quedi constància que no s'és perceptor de permís retribuït per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, de conformitat amb l'article 49.e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic.
 - c. És **professional aliè al Sistema de la Seguretat Social**: cal aportar un certificat de pertinença a la mutualitat de col·legi professional a què es pertanyi.
7. Si el sol·licitant progenitor/adoptant/acollidor/tutor:
 - a. És treballador per compte d'altri del Règim General de la Seguretat Social, cal aportar una còpia del contracte de treball vigent.
 - b. És TRADE, cal aportar una còpia del contracte mercantil amb el client principal, degudament segellat en el Servei Públic d'Ocupació.
 - c. És empleat de la llar, ha d'aportar una fotocòpia del contracte de treball.
8. Certificat de cotitzacions subscrit per l'empresa o l'ocupador, en el formulari facilitat per l'empresa o per FREMAP.